

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN DE INELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR**

CONDADO DE

(DESTINATARIO)

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina del programa IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina del programa IHSS: _____

Para: Solicitante para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*)

El condado ha detectado que usted no es elegible para inscribirse como proveedor de IHSS o para recibir pagos del programa IHSS por la prestación de servicios. Motivo:

Como parte del proceso de inscripción de proveedores, usted presentó las huellas dactilares y se sometió a una verificación de antecedentes penales realizado por el Departamento de Justicia de California (California Department of Justice). En la verificación de antecedentes se indicó que se le declaró culpable de un delito que lo hace inelegible para ser proveedor del programa IHSS y para recibir pagos del programa IHSS por la prestación de servicios. A continuación se indican los delitos que lo inhabilitan:

Si no está de acuerdo con esta decisión, al dorso de esta página se explica cómo puede solicitar una apelación. Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de esta carta.

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, llame al _____.